·老年护理·

基于家庭护理评估工具的出院服务在老年心力衰竭患者中的应用

李婉玲[1,2],郭玉丽[2],马景莲[2],郭静[2],李芬芬[2],延芝丽[3],段欣红[4]

摘要:目的 探讨基于家庭护理评估工具的出院服务对老年心力衰竭患者的应用效果。**方法** 将老年心力衰竭患者分为对照组(50例)和研究组(50例)。对照组采用常规出院准备服务,研究组实施基于家庭护理评估工具的出院准备服务。比较两组患者出院准备度、出院指导质量总分及出院后1个月、3个月的非计划再入院率。**结果** 对照组50例、研究组48例完成研究。研究组出院准备度和出院指导质量评分显著高于对照组,出院3个月的非计划再入院率显著低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 采取基于家庭护理评估工具的出院准备服务,可提高老年心力衰竭患者出院准备度和出院指导质量,降低非计划再入院率。

关键词:老年人; 心力衰竭; 家庭护理评估工具; 出院准备服务; 出院准备度; 出院指导质量; 再入院; 延续护理

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.06.105

Application of a discharge service based on a home care assessment tool in older patients with heart failure

Li Wanling, Guo Yuli, Ma Jinglian, Guo Jing, Li Fenfen, Yan Zhili, Duan Xinhong. Department of Geriatrics, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Objective To explore the application effect of a discharge service based on a home care assessment tool in older patients diagnosed with heart failure. **Methods** Older patients with heart failure were divided into a control group ($n=50$) and an observation group ($n=50$). The control group received routine discharge preparation services, while the observation group received a discharge preparation service based on a home care assessment tool. The discharge readiness, quality of discharge guidance, and unplanned readmission rates at 1 month and 3 months after discharge were compared between the two groups. **Results** A total of 50 cases in the control group and 48 cases in the observation group completed the whole study. The observation group demonstrated significantly higher levels of discharge readiness and quality of discharge guidance compared to the control group ($P<0.05$). Additionally, the unplanned readmission rate at 3 months after discharge was significantly lower in the observation group than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Implementingthe discharge preparation service based on the home care assessment tool can enhance discharge readiness and improve the quality of discharge guidance in older heart failure patients, ultimately reducing unplanned readmission rates.

Key words: older adult; heart failure; home care assessment tool; discharge preparation service; discharge readiness; quality of discharge guidance; readmission; continuity of care

心力衰竭(下称心衰)患者再入院状况不容忽视。国外心衰患者出院30 d内再入院率24.8%,1年内再入院率67.4%[1]。我国慢性心衰患者出院3个月内再入院率达27%~47%[2]。心衰患者反复入院带来的疾病困扰和心理问题,经济负担与照护压力,亟待社会关注与解决。《慢性心力衰竭基层诊疗指南(实践版·2019)》[3]指出,慢性心衰患者的疾病管理和自我预防是改善疾病状态的重要内容,对改善患者的健康状况、生活质量和预后至关重要。出院准备服务(Discharge Planning)又称出院计划,是指患者从医院过渡到家庭、社区或机构的护理过程和服务,科学地制定出院计划可减少患者再入院率、改善生活质量以及降低医疗成本等[4-5],保证患者从一个护理阶段安全过渡到下一个护理阶段[6]。一些国家拥有系统且完善的出院准备服务流程与内容[7-9]。近年来我国学者不断探索出院准备服务,但是出院准备大多聚焦在老年心力衰竭患者的临床症状管理,未关注其认知与精神、躯体功能及社会问题,且主要依据医护人员的临床经验判断,未使用综合评估工具进行评估[10]。国际居民评估工具(International Resident Assessment Instruments, InterRAI)是由来自23个国家的学者、医生以及其他专业人员组成的非盈利性的国际组织开发的评估工具,已在全球30多个国家和地区使用,是照护领域的标准化评估工具,其子系统家庭护理评估工具(InterRAI Home Care Assessment Scale, InterRAI-HC)于1994年研发,用于评估社区居家和出院过渡期的老年人群[7-8],以识别其现存的和潜在的健康问题。本研究基于家庭护理评估工具制定并实施出院服务方案,获得较好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取2021年4月至2022年4月在山西白求恩医院综合医疗科住院并

作者单位:1.华中科技大学同济医学院附属同济医院老年科(湖北 武汉,430030);2.山西白求恩医院(山西医学科学院同济山西医院),山西医科大学第三医院;3.山西中医药大学护理学院;4.山西医科大学护理学院

李婉玲:女,本科,副主任护师,护士长,875071029@qq.com

通信作者:郭玉丽,1067575552@qq.com

科研项目:山西省卫生健康委科研课题(2022139);中华医学会杂志社护理学科研究课题(CMAPH-NRP2021002)

收稿:2023-09-10;修回:2023-11-22

确诊的 100 例老年心衰患者作为研究对象。纳入标准：①临床确诊为心衰；②NYHA 心功能分级为Ⅱ～Ⅳ级；③年龄≥65 岁；④住院≥3 d；⑤意识清楚，语言沟通无障碍。⑥出院后回到家中进行康复和接受照护；⑦知情同意，自愿参与本研究。排除标准：①出院后入住养老院；②伴有严重的肺、肝、肾功能不全或恶性肿瘤；③疾病终末期；④日常生活活动能力完全依赖。剔除标准：①研究期间主动退出；②回归社区 30 d 内，被转入养老机构或死亡。根据两样本均数比较的样本量估计公式计算样本量：$n1=n2=2[(Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})\sigma/\delta]^2$，检验水准取双侧 $\alpha=0.05$，$\beta=0.10$，检验功效 $1-\beta=0.90$，查表得 $Z_{0.05/2}=1.960$，$Z_{0.1}=1.282$。本研究选取 20 例老年心衰患者进行预试验，根据预试验出院准备度得分计算 $\sigma/\delta=1.467$，通过公式计算出研究组和对照组各需样本 45 例，考虑到临床研究过程中样本丢失的情况，将样本量在原有的基础上扩大 10%，研究组和对照组各需 50 例。本研究纳入 100 例，按照入院时间分组，2021 年 4 月至 2021 年 9 月入院的 50 例作为对照组，2021 年 10 月至 2022 年 4 月入院的 50 例为研究组。本研究已经获得山西白求恩医院伦理委员会批准（YXLL-2022-012）。

1.2　方法

1.2.1　干预方法

对照组采用常规出院干预，即出院前 1 d 责任护士对患者进行一般资料、疾病、治疗、护理、康复等信息收集整理和临床评估。根据评估结果进行出院指导，包括出院物品准备、出院带药、复诊时间、紧急联系人、家庭环境准备等；发放纸质版出院计划，根据患者病情及治疗状况、护理需求对患者及家属进行疾病知识、症状管理、营养、药物、心理、康复等出院指导。出院后责任护士分别在患者出院第 1 周、13 周进行家访，第 5、9 周进行电话随访。随访时间为 10～15 min/次，了解患者生命体征、症状、睡眠、饮食、药物、活动、心理与社会等情况，并进行个体化健康指导，如患者有病情变化则立即复诊，并动态调整出院计划，跟踪随访。研究组基于 InterRAI-HC 制定出院服务计划并实施，具体如下。

1.2.1.1　成立多学科团队　①多学科团队成员。包括老年专科医生 2 名、老年专科护士 2 名、责任护士 4 名（医护人员均经过中国老年保健协会照护评估与管理专业委员会 InterRAI 评估师培训）、药师 1 名、营养师 1 名、心理治疗师 1 名、心脏康复师 1 名、在读护理研究生 1 名。②各成员主要职责。责任护士：在 InterRAI 评估系统建立患者电子健康档案，确定患者意愿及偏好，参与制定出院计划，全面、全程落实患者治疗、护理和康复等各项需求，并对患者及家属进行疾病管理系统教育，定期居家/电话随访。老年专科护士：全面协调多学科团队成员进行专业指导，参与制定出院计划并审核，及时接受信息反馈，对出院准备服务实施过程进行督导、质量控制、效果评价及方案调整。护理研究生：建立患者资料数据库，定期收集两组患者的资料和数据。老年专科医生负责患者疾病诊疗，心脏康复师负责患者疾病运动康复，心理治疗师负责患者心理诊疗，营养师负责患者饮食管理，药师负责患者药物审核及管理。各成员均参与出院计划的制定，定期随访，接收专科护士对患者情况的反馈，给予专业指导与支持。

1.2.1.2　健康评估　清华大学基于 InterRAI-HC 开发 InterRAI-HC 电子评估系统，本研究获得清华大学授权。InterRAI-HC 电子评估系统包括患者功能状态、认知与精神健康、社会功能状况、临床健康问题 4 个维度 21 个领域 241 个条目。患者入院 48～72 h，责任护士使用 InterRAI-HC 电子评估系统进行面对面评估。从社会人口学资料（年龄、性别、婚姻状况、文化程度等）、认知功能、沟通与视觉、情绪与行为、健康状况、生理功能、自控力、疾病诊断、口腔与营养状况、皮肤状况、社会支持等评估患者，并录入数据；该系统自动触发临床评估协议（Clinical Assessment Protocols，CAPs），生成患者现存的或者潜在的健康问题。

1.2.1.3　制定并实施出院计划　InterRAI-HC 电子评估系统中的另一模块用户手册（Manual），为每个 CAPs 的解决方案提供干预措施的循证支持。责任护士汇总 InterRAI-HC 电子评估系统中的患者健康问题和循证支持，由专科护士协调多学科团队成员召开联合会议，参考患者信息和 CAPs，根据 Manual 中每一条 CAPs 的指导建议展开讨论，结合患者及家属的意愿和偏好，分析触发问题的根本原因，然后团队成员根据其主要职责共同商议和制定出院目标和实施方案。责任护士记录整个会议纪要，会后予以总结，形成患者个性化的出院计划，专科护士进行审核，形成终版出院服务计划并实施。基于家庭护理评估工具的出院服务计划，见表 1。

1.2.2　评价方法　①出院准备度。采用林佑桦等[11]翻译并修订的中文版出院准备度量表（Readiness for Hospital Discharge Scale，RHDS），于患者出院当日进行调查。量表包括个人状态、适应能力和预期性支持 3 个维度共 12 个条目。各条目采用 0～10 分评分法，0 分代表“一点都不知道/完全不能”，10 分代表“完全知道/完全能”。总分 120 分，得分越高表示患者的出院准备度越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.954。责任护士在患者出院当日指导患者当场填写。②出院指导质量。采用王冰花等[12]汉化的出院指导质量量表（Quality of Discharge Teaching Scale，QDTS），于患者出院当日进行调查。量表包括出院前需求内容、实际所获得的内容、指导技巧与效果 3 个维度共 24 个条目。每个条目采用 0～10 分的计分方法，0 分代表“完全没有/完全不能”，10 分代表“非常多/总是能够”。总分 240 分，得分越高表示出院指导质量越好。量表 Cronbach's α 系数为 0.979。③患者出院 1 个月、3 个月非

计划性再入院率。由责任护士在第 5 周和第 13 周电话随访时收集非计划再入院相关资料。

1.2.3　统计学方法　采用 SPSS23.0 软件进行统计分析，双人录入数据。计数资料采用频数和构成比进行统计描述，计量资料采用($\bar{x} \pm s$)描述；行 t 检验、χ^2 检验、秩和检验及 Fisher 确切概率法。检验水准 α=0.05。

表 1　基于家庭护理评估工具的出院服务计划

干预时间	干预人	干预主题	干预目标	干预内容
住院期间	责任护士 康复师	功能状态管理	①患者主动参与自我管理，尽量避免他人替代。②提升日常生活自理能力。③增强心脏功能，提高生存质量	①日常生活活动能力：指导患者主动参与日常生活活动，如穿衣、进食、如厕、清理个人卫生等。②改善工具性日常生活活动能力：指导患者出院后参与准备饭菜、日常家务(洗碗、叠被、打扫房间、整理房间)、管理财务、购物、乘坐交通工具等，尽量避免他人替代。③心脏康复指导：依据评估与危险分层，制定个体化运动处方(运动、营养、药物、心理、睡眠)。指导其每周 3～5 次的轻、中等强度运动，包括有氧代谢运动、抗阻运动以及柔韧性训练，每次 30～60 min
	责任护士 心理治疗师	认知与精神健康管理	①患者学会心理调适，保持良好心态。②照顾者掌握一定的沟通和照护技能	①情感支持：鼓励患者表达情感需求，家属、朋友积极陪伴，关心患者精神需求，以满足其爱与归属，减少孤独感。②专业支持：根据系统触发的认知和心理问题，如沟通受限、认知缺损、谵妄、抑郁、焦虑等由心理治疗师确定其程度，给予专业指导
	责任护士	社会功能状况管理	提高患者社会参与度	社会活动：指导患者出院后参加社区活动，依据患者认知及偏好参与聊天、打牌、话剧、看电影、做游戏等活动
	责任护士 专科医生 营养师 药师	临床健康问题管理	患者掌握药物、饮食管理以及心衰相关疾病知识，学会识别临床问题，提高自我护理能力	①用药管理：a. 根据 InterRAI-HC 提示存在多重用药风险的患者，医生合理用药+简化处方。b. 药师审核用药。c. 护士详细讲解药物名称、作用、剂量、用法、不良反应、注意事项、有效期，做好用药指导(按时按量服药，检查药物质量，不自行增、减量或停药，如有疑问或药物不良反应及时报告)。②饮食管理：营养师指导患者规律饮食，每餐不要过饱，进食低盐、低脂、高蛋白质、高维生素、清淡易消化饮食。③临床问题管理：依据 InterRAI-HC 评估触发的临床问题(如气促、疼痛、水肿、跌倒、压力性损伤等)，责任护士结合医生意见给予个性化的护理指导。④疾病知识管理：指导患者生命体征、体质量监测方法，告知疾病的诱发因素如大量饮水、感染、体力过劳、气候改变等，出现气短加重、不能平卧、尿量减少、水肿加重等要及时报告医生
出院前 1～2 d	责任护士 专科护士	强化巩固	①做好出院准备服务。②提高出院指导质量，保证患者顺利完成出院过渡	①责任护士发放纸质版出院计划，强化出院指导内容，解答患者疑问，直至完全掌握；告知患者定期复查及出院随访时间，如有不适，随时就诊。确认后续入住场所，交通工具，出院物品准备，出院带药，复诊时间，紧急联系人，家庭环境准备等。②专科护士督导患者出院计划掌握程度
出院后追踪	责任护士 专科护士	定期随访	①保证照护的连续性，患者自护能力提升。②降低患者非计划再入院率，提高生存质量	①责任护士分别在在患者出院第 1 周、第 13 周进行家访，第 5 周、第 9 周进行电话随访；专科护士于出院 13 周与责任护士共同家访，对随访质量进行质量控制评估。随访 10～15 min/次。②随访内容包括患者功能状态、认知与精神健康、社会功能状况及临床健康问题，出院计划执行情况等；针对患者状况进行评价，并答疑解惑，指导患者及家属顺利执行出院计划；当患者有病情变化或出院第 13 周，应用 InterRAI-HC 评估工具进行复评，与首次评估结果分析比较，用以评价出院计划的实施效果，多学科团队根据评估结果，结合患者及家属意愿、偏好动态调整出院服务计划

2　结果

2.1　两组患者一般资料比较　研究期间，研究组失访 2 例，其中 1 例拒绝随访，1 例死亡，最终研究组 48 例、对照组 50 例完成研究。两组一般资料比较，见表 2。

表 2　两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄	文化程度(例)			独居(例)		医保类型(例)		病程(例)		
		男	女	(岁，$\bar{x} \pm s$)	初中及以下	高中或中专	大专及以上	是	否	城镇居民医保	职工医保	<1 年	1～5 年	>5 年
对照组	50	20	30	76.94±8.40	11	10	29	4	46	14	36	8	31	11
研究组	48	22	26	76.85±6.12	10	11	27	5	43	11	37	8	33	7
统计量		$\chi^2=0.340$		$t=-0.058$	$Z=0.084$					$\chi^2=0.333$		$Z=-0.683$		
P		0.560		0.954	0.933			0.738		0.564		0.495		

组别	例数	心功能分级(例)			合并症种类(例)				服药种类(例)				
		Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	高血压	冠心病	糖尿病	心律失常	袢利尿剂	ARNI/ACEI/ARB*	SGLT-2 抑制剂	β受体阻滞剂	螺内酯
对照组	50	24	20	6	38	15	17	9	37	40	30	41	24
研究组	48	17	27	4	29	18	20	11	32	38	22	33	26
统计量		$Z=-0.866$			$\chi^2=2.750$	$\chi^2=0.617$	$\chi^2=0.613$	$\chi^2=0.364$	$\chi^2=0.632$	$\chi^2=0.010$	$\chi^2=1.973$	$\chi^2=2.325$	$\chi^2=0.373$
P		0.387			0.097	0.432	0.434	0.546	0.427	0.918	0.160	0.127	0.542

注：* ARNI 为血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；ACEI 为血管紧张素转换酶抑制剂；ARB 为血管紧张素受体拮抗剂。

2.2　两组出院准备度得分比较　见表3。

表3　两组出院准备度得分比较　分，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	个人状态	适应能力	预期性支持	总分
对照组	50	13.12±2.24	25.62±3.91	22.44±3.09	61.18±6.15
研究组	48	17.98±3.25	34.29±5.01	25.56±3.56	77.83±7.45
t		8.584	9.529	4.641	12.094
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3　两组出院指导质量得分比较　见表4。

表4　两组出院指导质量得分比较　分，$\bar{x}\pm s$

组别	例数	所需内容	获得内容	指导技巧	总分
对照组	50	36.14±4.34	31.54±4.06	61.30±3.64	128.98±7.79
研究组	48	38.56±4.58	37.69±3.40	68.90±4.27	145.15±6.73
t		2.852	8.104	9.487	10.977
P		0.005	<0.001	<0.001	<0.001

2.4　两组出院后1个月、3个月内非计划再入院比较　见表5。

表5　两组出院后1个月、3个月非计划再入院比较　例(%)

组别	例数	出院后1个月	出院后3个月
对照组	50	5(10.0)	18(36.0)
研究组	48	1(2.1)	4(8.3)
χ^2			10.767
P		0.205	0.001

3　讨论

3.1　基于InterRAI-HC的出院服务的临床意义　传统医学评估和以“疾病”为导向的“单一”学科的治疗模式对普通人群效果良好，但和一般人群相比，老年心衰患者有着多病共存、多药共用、功能下降、临床表现不明显等诸多问题[13-15]，他们的护理需求相对复杂，疾病知识相对不足，仅通过传统的医学评估方法很难全面了解和识别患者的健康问题。出院前的健康指导，由于时间短、信息量大，患者很难完全掌握和实施。因此老年心衰患者出院后因病情反复、躯体功能下降明显、不良事件等问题进而反复住院。基于以上问题，我们在老年心衰患者急性期入院后48～72 h，即开始为患者进行全面评估及系统干预，为患者出院后顺利回归家庭，提升自我护理能力做充分准备。InterRAI-HC是国际公认的应用最广泛的老年综合评估领域的标准化评估工具，与传统医学评估相比较，能更好地反映老年人在疾病、躯体功能、精神心理、认知、社会、环境等多方面的潜在问题，全面、准确地评估患者医疗及护理需求。其用户手册是学者们根据循证医学证据结合各领域指南及共识制定的指导意见，使每一条护理问题的指导建议都有科学依据，并考量了患者的意愿及偏好，同时结合了医护人员的临床经验，对医护人员制定出院计划有着极其重要的指导意义[16]。加拿大安大略省将其作为出院患者的评估工具，用于协助出院指导的制定[17]。冯晓玉[18]将InterRAI-HC应用于我国老年出院患者中，初步验证该工具在我国老年出院患者中应用的可行性。麻珂[19]将InterRAI-HC用于老年心血管病患者的出院指导，减少了老年心血管病患者出院后的再入院率，提高患者工具性日常生活活动能力，改善患者的抑郁状况，减少用药差异的发生。

3.2　基于InterRAI-HC的出院服务的优势　本研究结果显示，研究组患者出院准备度、出院指导质量总分显著高于对照组，出院后3个月内非计划再入院率低于对照组(均$P<0.05$)。和Landi等[20]研究结果相似。研究组在收集患者资料时将患者视为一个整体进行全方面的评估，基于InterRAI-HC的出院服务强调老年心衰患者功能状态、认知和精神健康、社会功能状态、临床健康问题多维度的健康问题，充分考虑患者及家属的实际情况及偏好，依托多学科团队从入院即开始为患者提供全面、可行的出院准备服务，从而最大程度提高出院准备度与出院指导质量[21-22]。同时，从入院到出院的干预过程中团队充分考虑患者及家属意愿及偏好，鼓励参与决策出院计划，明确患者及家属的责任，激发患者及家属的内在动机，变被动接受为主动积极的自我管理。此外，在出院后的常规随访中，病情变化或出院第13周时应用InterRAI-HC复评，并由专科护士在出院13周进行照护质量控制，根据前后评估数据的对比，评价出院服务计划的科学性、可行性和实施效果，再结合患者及家属意愿，动态调整出院服务计划，按需指导患者正确实施，提高患者对疾病的正确认识，逐渐养成健康行为，从而降低了非计划再入院的风险。

3.3　基于InterRAI-HC的出院服务计划实施难点　研究显示，我国患者住院时间在不断缩短[23-24]，留给医护人员出院指导的时间减少[25]，出院准备不足导致老年患者在出院后缺乏自护能力反复再入院，给个人、家庭和社会带来沉重的经济负担[26-27]。出院准备服务和老年综合评估在欧美国家发展较成熟，并已纳入到初级卫生保健工作、卫生资源配置和医疗支付体系中。InterRAI-HC在欧美、日本等国家应用广泛[7]。近年来出院准备服务和老年综合评估在我国引起专家、学者的关注和研究，并取得较好的成效[4,18-19]，但由于制定健康管理方案耗时较长，跨学科团队专业素质及人力成本要求高，医院人力资源紧张，且老年综合评估没有收费标准，限制了其发展。因此，建议将评估收费纳入医保范畴，制定合理的收费标准。此外，本研究发现出院服务计划须在患者及家属的高度配合下方能有效执行，但并不是所有患者及家属都具备这种能力，因此，有待进一步提高其健康素养。本研究中通过家访、电话随访或建立微信联系的方法，保障出院服务计划的实施，但仍显力量单薄，今后需联合社区专业力量，形成医院-社区-家庭联动的出院护理服务模式，以提高护理内涵和服务品质。

4 结论

基于 InterRAI-HC 的出院服务能有效提高老年心衰患者出院准备度和出院指导质量，降低非计划再入院率。实施过程中应注重患者的综合评估，并根据评估结果，组建跨专业团队制定个体化出院服务计划，通过完善和细化指导内容，帮助患者提升居家自我健康管理能力。本研究样本选自 1 所医院，代表性有限，今后的研究中，应扩大选样范围，延长干预时间，进一步验证该出院护理服务模式的实效。

参考文献：

[1] Dharmarajan K，Hsieh A F，Lin Z，et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure，acute myocardial infarction，or pneumonia[J]. JAMA，2013，309(4)：355-363.

[2] 龙丹. 天津市慢性心竭病人再入院的多因素分析[D]. 天津：天津医科大学，2015.

[3] 中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 慢性心力衰竭基层诊疗指南(实践版 · 2019)[J]. 中华全科医师杂志，2019，18(10)：948-956.

[4] 张晓娜，李鑫丹，芦鸿雁，等. 出院准备服务对慢性阻塞性肺疾病患者干预效果的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志，2022，57(1)：42-48.

[5] Braet A，Weltens C，Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions：a systematic review[J]. JBI Database System Rev Implement Rep，2016，14(2)：106-173.

[6] HSE National Integrated Discharge Planning Steering Committee. HSE code of practicefor integrated discharge planning[EB/OL]. (2008-11)[2023-05-20]. https//www.hse.ie/eng/services/publications/hospitals/code-of-practice-for-integrated-dischar-geplanning.pdf.

[7] interRAI. Improving health care across the globe. Home Care(HC)-interRAI[EB/OL]. (2021-05-10)[2023-05-22]https://www.interrai.org/ home-care.html.

[8] Urbieté L，Lesauskaité V，Macijauskiené J. Discharge planning and home care needs assessment for older patients in a nursing hospital[J]. Medicina (Kaunas)，2020，56(2)：60.

[9] 田家利，刘宇，张素，等. 家庭护理评估量表的汉化和信效度检验[J]. 中华护理杂志，2019，54(2)：199-205.

[10] 王冰花，汪晖，王颖，等. 湖北省 19 所三级医院出院计划开展现况调查[J]. 护理学杂志，2019，34(23)：46-49.

[11] 林佑樺，高家常，黄阿美，等. 中文版醫院出院準備度量表之信效度檢定[J]. 護理雜誌，2014，61(4)：56-65.

[12] 王冰花，汪晖，杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志，2016，51(6)：753-756.

[13] 王伟玲，由倍安，沈琳. 体外反搏在老年人心力衰竭中的应用[J]. 中华老年医学杂志，2019，38(5)：480-483.

[14] 王晓灿，吕冶芳，丁萍，等. 心血管疾病患者及其照顾者口服用药安全现况调查[J]. 护理学杂志，2019，34(18)：91-94.

[15] 何晓丽，苗秀欣. 出院过渡期老年心力衰竭患者相关症状及影响因素的纵向研究[J]. 护理学杂志，2019，34(6)：1-4.

[16] Phanareth K，Vingtoft S，Christensen A S，et al. The Epital Care Model：a new person-centered model of technology-enabled integrated care for people with long term conditions[J]. JMIR Res Protoc，2017，6(1)：e6.

[17] Canadian Institute for Health Information. Using the RAI-HC in hospital settings[EB/OL]. (2013-12-30)[2023-05-26]. https://www.cihi.ca/sites/default/files/outcome_scales_rai-hc_en_0.pdf.

[18] 冯晓玉. InterRAI 家庭护理评估系统在老年患者出院指导中应用的可行性研究[D]. 沈阳：中国医科大学，2021.

[19] 麻珂. 国际居民评估工具家庭护理评估量表在老年心血管病患者出院指导中的应用效果研究[D]. 沈阳：中国医科大学，2022.

[20] Landi F，Onder G，Tua E，et al. Impact of a new assessment system，the MDS-HC，on functionand hospitalization of homebound older people：a controlled clinical trial[J]. J Am Geriatr Soc，2001，49(10)：1288-1293.

[21] Pilotto A，Cella A，Pilotto A，et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment：evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions[J]. J Am Med Dir Assoc，2017，18(2)：192. el-192.

[22] Panza F，Solfrizzi V，Lozupone M，et al. An old challenge with new promises：a systematic review on comprehensive geriatric assessment in long-term care facilities[J]. Rejuvenation Res，2018，21(1)：3-14.

[23] 刘庆，王清亮，胡耀斌，等. 新医改条件下缩短平均住院日的综合效益分析[J]. 中国卫生事业管理，2017，34(6)：423-424.

[24] 汪雅璇，李书，郭亚楠，等. 基于合理平均住院日的我国医院资源优化配置研究与预测[J]. 中华医院管理杂志，2016，32(5)：365-368.

[25] Mistiaen P，Francke A L，Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home：a systematic meta-review[J]. BMC Health Serv Res，2007，7：47.

[26] 梁骊敏，顾娇娇，李欢，等. 心脏瓣膜置换术后患者与照护者出院准备度及出院指导质量比较分析[J]. 护理学杂志，2022，37(6)：25-28.

[27] Pedersen S S，Schmidt T，Skovbakke S J，et al. A personalized and interactive web-based health care innovation to Advance the Quality of Life and Care of Patients with Heart Failure (ACQUIRE-HF)：amixed methods feasibility study[J]. JMIR Res Protoc，2017，6(5)：e96.

(本文编辑　钱媛)